

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 15 février 1900, à 1 heure*

PAR

**M. Le GUAY**

DU ROLE DE LA PROSTATE

DANS

## LES URÉTHRITES AIGUES OU CHRONIQUES URÉTHRO-PROSTATITES

*Président : M. GUYON, Professeur.*

*Juges : MM.* { *CORNIL, Professeur.*  
                  { *ALBARRAN, Agrégé.*  
                  { *TEISSIER, Agrégé.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1900



Année 1900

N°

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 15 février 1900, à 1 heure*

PAR

**M. Le GUAY**

DU ROLE DE LA PROSTATE

DANS

## LES URÉTHRITES AIGUES OU CHRONIQUES URÉTHRO-PROSTATITES

*Président : M. GUYON, Professeur.*

*Juges : MM. { CORNIL, Professeur.  
ALBARRAN, Agrégé.  
TEISSIER, Agrégé.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

ACAD.  
LUGD. BAT.  
BIBL.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1900

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                       |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 | <b>M. BROUARDEL.</b>  |
| <b>Professeurs</b> .....                                           | <b>MM.</b>            |
| Anatomie.....                                                      | <b>FARABEUF.</b>      |
| Physiologie.....                                                   | <b>CH RICHET</b>      |
| Physique médicale.....                                             | <b>GARIEL.</b>        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | <b>GAUTIER.</b>       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | <b>BLANCHARD.</b>     |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | <b>BOUCHARD.</b>      |
| Pathologie médicale.....                                           | <b>HUTINEL.</b>       |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | <b>DEBOVE.</b>        |
| Anatomie pathologique.....                                         | <b>LANNELONGUE</b>    |
| Histologie.....                                                    | <b>CORNIL.</b>        |
| Opérations et appareils.....                                       | <b>MATHIAS DUVAL.</b> |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | <b>BERGER.</b>        |
| Thérapeutique.....                                                 | <b>POUCHET.</b>       |
| Hygiène.....                                                       | <b>LANDOUZY.</b>      |
| Médecine légale.....                                               | <b>PROUST.</b>        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | <b>BROUARDEL.</b>     |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | <b>BRISSAUD.</b>      |
|                                                                    | <b>CHANTEMESSE.</b>   |
| Clinique médicale.....                                             | <b>POTAIN.</b>        |
|                                                                    | <b>JACCOUD.</b>       |
|                                                                    | <b>HAYEM.</b>         |
|                                                                    | <b>DIEULAFOY.</b>     |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | <b>GRANCHER.</b>      |
| Clinique des maladies syphilitiques.....                           | <b>FOURNIER.</b>      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | <b>JOFFROY.</b>       |
| Clinique des maladies nerveuses.....                               | <b>RAYMOND</b>        |
|                                                                    | <b>TERRIER.</b>       |
| Clinique chirurgicale.....                                         | <b>DUPLAY.</b>        |
|                                                                    | <b>LE DENTU.</b>      |
|                                                                    | <b>TILLAUX.</b>       |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | <b>PANAS.</b>         |
| Clinique des voies urinaires.....                                  | <b>GUYON.</b>         |
| Clinique d'accouchement.....                                       | <b>BUDIN.</b>         |
|                                                                    | <b>PINARD.</b>        |

## Agrégés en exercice.

| <b>MM.</b>            | <b>MM.</b>          | <b>MM.</b>        | <b>MM.</b>        |
|-----------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| <b>ACHARD.</b>        | <b>DUPRÉ.</b>       | <b>LEPAGE.</b>    | <b>THIROLOIX.</b> |
| <b>ALBARRAN.</b>      | <b>FAURE.</b>       | <b>MARFAN.</b>    | <b>THOINOT.</b>   |
| <b>ANDRÉ.</b>         | <b>GAUCHER.</b>     | <b>MAUCLAIRE.</b> | <b>VAQUEZ.</b>    |
| <b>BONNAIRE.</b>      | <b>GILLES DE LA</b> | <b>MENÉTRIER.</b> | <b>VARNIER.</b>   |
| <b>BROCA Auguste.</b> | <b>TOURETTE.</b>    | <b>MERY.</b>      | <b>WALLICH.</b>   |
| <b>BROCA André.</b>   | <b>HARTMANN.</b>    | <b>ROGER.</b>     | <b>WALTHER.</b>   |
| <b>CHARRIN.</b>       | <b>LANGLOIS.</b>    | <b>SEBILEAU.</b>  | <b>WIDAL.</b>     |
| <b>CHASSEVANT.</b>    | <b>LAUNOIS.</b>     | <b>TEISSIER.</b>  | <b>WURTZ.</b>     |
| <b>DELBET.</b>        | <b>LEGUEU.</b>      | <b>THIERY.</b>    |                   |
| <b>DESGREZ.</b>       | <b>LEJARS.</b>      |                   |                   |

Chef des Travaux anatomiques : **M. RIEFFEL.**

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Officier de la Légion d'Honneur  
Chirurgien de l'hôpital Necker  
Membre de l'Institut

## INTRODUCTION

Jusqu'à ces derniers temps, le rôle de la prostate au cours des uréthrites aiguës ou chroniques, avait été assez négligé.

Sans doute, on décrivait bien la prostatite aiguë comme complication de la blennorrhagie ; mais cette prostatite, n'était guère considérée qu'en tant qu'abcès de la prostate ; c'était pour ainsi dire un épiphénomène ; bien que liées entre elles par leur rapport étiologique, les deux affections restaient cliniquement indépendantes. On avait d'une part des symptômes d'urétrite, et l'on décrivait ailleurs séparément, les symptômes de la prostatite.

Cette prostatite elle-même n'était guère étudiée que dans une de ses formes ; l'abcès aigu attirait surtout l'attention ; la congestion prostatique, l'inflammation aiguë parenchymateuse, sans collection purulente intra-prostatique, échappait le plus souvent à l'examen clinique.

Quant à la prostatite chronique, elle a eu une fortune très diverse.

Tandis que certains l'admettaient un peu partout souvent à tort et à travers, d'autres cliniciens la niaient ou du moins la considéraient comme très rare.

Il est certain que pour beaucoup, le nom de prostatite chronique suffisait à masquer leur ignorance et ne correspondait pas à quelque chose de précis. On disait « prostatite chronique » en présence de troubles vagues, indéterminés, en s'attachant surtout à l'existence de troubles fonctionnels d'origine le plus souvent névropathique. En tout cas, l'on n'entrevoyait nullement les rapports de l'urétrite et de la prostatite. Il y avait l'urétrite et la prostatite : l'urétrite prostatite telle qu'on peut l'entendre aujourd'hui n'existait pas. Aussi est-ce avec raison que certains cliniciens, parmi lesquels M. Guyon s'élevaient contre cette dénomination souvent donnée à la légère de prostatite chronique.

Dans ces dernières années un changement s'est opéré.

La découverte du gonococque de Neisser, les progrès de l'examen histologique appliqué aux sécrétions prostatiques par Fürbringer, l'étude des lésions anatomopathologiques, entreprise par Finger, ont modifié les idées reçues.

L'urétrite blennorragique nous apparaît assez différente de ce qu'elle était autrefois ; le mérite en revient en grande partie à l'introduction systématique du traitement local de cette affection. On a pu ainsi observer avec plus d'attention les causes de la prolongation parfois indéfinie de certaines urétrites. Les examens bactériologiques répétés prouvant la persistance des micro-organismes ont mis en lumière le rôle des infections glandulaires. Une technique meilleure a permis une analyse plus exacte des symptômes et l'on peut dire qu'à l'heure actuelle l'urétrite est une des affections qui a le plus

bénéficié des recherches histo-bactériologiques.

Depuis longtemps déjà, il est vrai, ces faits sont bien connus de l'école de Necker, Monsieur le Dr Albarran depuis plusieurs années insiste sur le rôle des lésions prostatiques dans la chronicité de l'urétrite, sur les modifications qui en résulte pour le traitement.

Toutefois ces notions importantes, nous dirions volontiers indispensables au traitement rationnel de l'urétrite sont encore peu connues de la plupart des médecins.

Et pourtant que de malades voyons-nous chaque jour courir de cliniques en cliniques, de médecins en médecins sans pouvoir se débarrasser de leur urétrite, alors qu'il suffit qu'on comprenne bien ces notions pathologiques pour guérir une affection restée incurable pendant des années.

Nous avons pensé qu'il n'était pas sans intérêt d'apporter quelques nouvelles observations à l'appui de ces idées tout à l'ordre du jour, et grâce à l'obligeance de notre cousin, Monsieur le Dr Duchemin, nous avons pu réunir un certain nombre de cas très probants. Nous lui en adressons nos meilleurs remerciements.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier ici nos maîtres de l'école de médecine de Rennes, dont l'enseignement éclairé nous a été si utile.

Monsieur le Dr Guyon nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; nous le prions de croire à notre vive reconnaissance.

## ÉTIOLOGIE

La prostate participe aussi bien à l'infection aiguë qu'à l'infection chronique du conduit uréthral. Nous devons donc étudier successivement le mode d'infection prostatique, dans l'urétrite aiguë et dans l'urétrite chronique.

Autrement dit, il y a lieu de distinguer une uréthro-prostatite aiguë ou subaiguë, une uréthro-prostatite chronique.

Nous les envisageons successivement.

Dans la majorité des cas, l'urétrite aiguë primitive est d'origine gonococcique.

Bien que les urétrites non gonococciques primitives, aient été décrites par différents auteurs, on peut admettre en principe que la muqueuse uréthrale, offre normalement une assez grande résistance contre les germes autre que le gonococque.

Il n'en est pas de même pour ce dernier qui, porté au contact de la muqueuse, y produit rapidement une phagocytose accentuée, se traduisant extérieurement par les signes de l'urétrite aiguë, douleur et écoulement.

Dans la majorité des cas également l'urétrite aiguë se localise à la partie antérieure du canal.

La propagation de cette infection au reste du canal, n'est généralement due qu'à un traitement intempestif.

C'est qu'en effet la chaude-pisse vulgaire, ne nous appartient pas. Le déplorable préjugé qui en fait une affection légère, insignifiante, a comme résultat que la malade nous échappe le plus habituellement. C'est à proprement parler le domaine du pharmacien.

Ce fait a de graves conséquences pour les malades.

On peut presque poser en principe qu'à l'heure actuelle un médecin instruit guérit toujours l'urétrite antérieure et ne lui laisse pas gagner l'urèthre postérieur.

Malheureusement combien de médecins savent soigner une urétrite ?

Les uns ont recours au traitement interne, mais pas plus que le pharmacien, ne connaissent les règles de l'application du Santal. Or ce précieux agent est une véritable arme à deux tranchants. Appliqué judicieusement et au moment voulu, son effet est remarquable. Appliqué à tort et à travers, comme cela est l'habitude, son effet est déplorable.

Les autres encouragés par les magnifiques résultats de l'Ecole de Necker, ont recours au traitement local sous forme d'injections ou de lavages.

L'injection, chère aux pharmaciens et aux charlatans éhontés de la réclame, est le plus sur moyen de repousser les germes de l'urèthre antérieur, dans l'urèthre prostatique dans la vessie.

Les lavages, dont les résultats peuvent être merveilleux sont souvent appliqués à tout hasard, sans aucune précaution et deviennent pour toutes ces causes plus nuisibles qu'utiles,

Pour toutes ces raisons, l'urétrite d'abord localisée à l'urèthre antérieur passe à la chronicité soit en restant localisée à l'urèthre antérieur, soit ce qui est la règle en gagnant l'urèthre postérieur.

Cette propagation est fréquente. Elle survient plus ou moins longtemps après le début de l'urétrite.

Elle peut se faire pendant la période aiguë dès les premiers jours et l'on a pour ainsi dire d'emblée une urétrite aiguë totale ; ou bien l'infection de l'urèthre antérieur se prolonge, et ce n'est que tardivement qu'apparaît l'infection de l'urèthre postérieur, infection qui à elle seule forme presque complètement le groupe des urétrites chroniques.

Quoiqu'il en soit de cette urétrite postérieure, qu'elle apparaisse au cours d'une blennorragie aiguë ou plus tardivement à la suite d'une blennorragie antérieure subaiguë ou chronique, va-t-elle rester confinée dans l'urèthre postérieur ?

Evidemment non. L'urèthre postérieur entouré par la prostate n'est pas un conduit fermé. Sur les parois antérieures et latérales de l'urèthre prostatique on rencontre une multitude de petits orifices microscopiques

qui représentent l'abouchement des glandules prostatiques correspondants. On y rencontre également l'ouverture des conduits éjaculateurs et sur la paroi inférieure les lobules glandulaires de la prostate sont particulièrement nombreux, donnant à la muqueuse l'aspect d'un véritable crible. Près du veru montanum se trouvent les canaux principaux de la prostate.

En résumé on voit que le canal urétral communique directement avec la prostate. On sait que la prostate à son tour est formé par un amas de glandes au milieu d'un tissu musculaire servant de stroma. C'est un « muscle farci de glandes » .— Toutes ces glandes appartiennent au groupe des glandes en grappe à canaux excréteurs débouchant dans l'urèthre.

On comprend dans ces conditions combien facile est l'infection de ces glandes lorsqu'il existe une localisation microbienne de la portion de l'urèthre correspondant. On le comprend d'autant mieux si l'on songe avec quelle facilité le gonococque envahit les cryptes et les lacunes du canal, ce qui explique sa tenacité et sa résistance au traitement. A plus forte raison, pouvons nous prévoir l'infection des glandules prostatiques au point que dans toute uréthrite un peu tenace, on a non pas de l'uréthrite postérieure simple, mais bien de l'uréthroprostatite.

L'infection du tissu prostatique ressortit au groupe des infections glandulaires si bien étudié et décrit en pathologie urinaire par les belles recherches de M. Albaran, en pathologie médicale par les travaux de M. E. Dupré sur les infections du foie et des glandes salivaires, par ceux de M. Claisse sur les infections bronchiques.

Conformément aux lois de l'infection glandulaire établies par M. Albarran, la congestion prostatique déterminée soit par un rétrécissement urétral, soit par toute autre cause favorise l'infection des glandules prostatiques ; toutefois ici les phénomènes de rétention glandulaire doivent être moins marqués et moins importants que dans les cas étudiés par M. Albarran ; aussi n'est-ce pas seulement par infection glandulaire ascendante, proprement dite, que les germes gagnent la prostate, mais bien plus tôt par continuité et transport direct, étant donné la brièveté des conduits excréteurs, et leur faible défense.

Ce dernier fait nous explique la fréquence de la propagation des infections uréthrales à la prostate. Cette propagation est pour ainsi dire fatale, dès qu'une urétrite se prolonge. La réalité de ces faits négligés autrefois a été pleinement mis en lumière par les belles recherches anatomiques de Finger ainsi que nous le verrons ultérieurement ; cependant indépendamment des conditions que nous venons d'étudier, il est d'autres circonstances qui facilitent l'infection.

Nous avons dit le rôle des rétrécissements.

Tout foyer rétréci n'est pas seulement un obstacle mécanique à l'excrétion des urines, c'est un véritable carrefour en arrière duquel persiste presque indéfiniment l'infection du canal. Les germes microbiens, trouvent là de faciles conditions de développement. On sait le rôle de ces infections dans la pathogénie des abcès urinaires et même des périurétrites.

Rien d'étonnant par conséquent à ce que cette infection persistante puisse gagner la prostate.

En dehors du rétrécissement certaines causes agissant à la façon d'un traumatisme, sont susceptibles d'étendre l'inflammation du canal aux glandes prostatiques.

C'est ainsi que paraissent agir les pressions permanentes sur le périnée que peut déterminer l'usage d'une mauvaise selle à bicyclette, ou de même les exercices violents, tel que l'équitation, ou enfin plus simplement le passage d'une sonde ou d'un beniqué insuffisamment aseptisé.

En un mot, toutes les influences qui modifient l'état de vascularisation de la prostate, les érections répétées et prolongées, l'onanisme, tout ce qui met obstacle à la circulation veineuse pelvienne peut faciliter l'infection du tissu prostatique.

Certaines affections diathésiques, telles que la syphilis l'arthritisme semblent jouer un certain rôle.

La prostate entourée qu'elle est de son riche plexus veineux, baigne en quelque sorte dans un lac sanguin. Ce plexus périprostatique auquel aboutissent les veines de la verge, de la prostate et du col vésical, offre des connexions intimes en avant avec le plexus de Santorini, en arrière avec le plexus hémorroïdal ; tous ces systèmes veineux, « quilogent sur le même palier » (Hogge) sont solidaires les uns des autres : toute influence qui agit, sur l'un doit inmanquablement retentir sur l'autre.

De plus les gros troncs qui partent de ces plexus étant les uns tributaires, de la veine cave, les autres de la veine porte, on comprend dit Guépin, la possibilité d'un

retentissement sur ce carrefour, des troubles de la circulation veineuse du petit bassin et de l'abdomen tout entier,

Or un organe constamment congestionné est bien près de s'enflammer, de suppurer et même, pour cela, le contact des microbes n'est pas nécessaire.

Biên que reconnaissant en principe pour cause une uréthrite gonococcique, l'infection prostatique n'est pas toujours due au microbe de Neisser.

Elle est plus souvent le fait d'infections secondaires. Casper sur 25 cas d'abcès prostatiques, n'a trouvé qu'une seule fois le gonococque. Ces infections secondaires ont été bien étudiées par M. Guiard et récemment encore par M. Noguès dans un excellent rapport au congrès d'Urologie 1897, sur les uréthrites non gonococciques. Nous nous contenterons de signaler ce fait sans lui donner ici un plus long développement.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions que l'on peut constater dans la muqueuse de l'urèthre et dans le tissu glandulaire de la prostate, au cours de l'uréthro prostatite diffèrent suivant qu'on envisage le malade à l'état aigu ou à l'état chronique.

### I. — URÉTHRO PROSTATITE AIGUE OU SUBAIGUE

Grâce aux travaux de Brumon, mais surtout de Finger, nous connaissons bien les premières phases histologiques de l'inflammation uréthro prostatique aiguë.

Un premier caractère différencie l'urétrite aiguë de la forme chronique : tandis que celle-ci est avant tout circonscrite, localisée à quelques foyers, l'urétrite aiguë est remarquable par sa diffusion. L'une détermine des lésions en surface, tandis que l'autre agit en profondeur.

Ce premier fait nous amène à penser que les lésions prostatiques sont plus rares, dans l'urétrite aiguë ce qui est en effet conforme à la réalité.

Du côté de l'urèthre on observe avant tout des phéno-

mènes de diapédèse. Il y a une migration abondante de leucocytes sur toute la surface muqueuse. Toutefois les lésions ne restent pas localisées à l'épithélium et pénètrent dans la profondeur.

La cohésion des cellules épithéliales se relâche. Les cellules cylindriques sont par places dissociées. Les lacunes de Morgagni sont comblées de leucocytes et de cellules épithéliales.

Le tissu conjonctif lui-même est infiltré de leucocytes surtout au niveau des culs-de-sac de Morgagni. Les glandes de Littre sont remplies d'un agglomérat de leucocytes polynucléaires, accompagnés dans les conduits excréteurs de cellules épithéliales desquamées.

Ces lésions d'abord localisées à l'urèthre antérieur peuvent atteindre l'urèthre postérieur et de là agir sur la prostate.

Finger en collaboration avec Ghon et Schlagenhaufen a vu que le gonococque, dès les premiers jours du processus gonococcique, existait dans la lumière et dans les cellules épithéliales des conduits excréteurs des glandes de Littre et des lacunes de Morgagni.

Cette invasion s'étend de même aux glandules prostatiques et même jusqu'aux vésicules séminales ainsi que l'ont démontré les recherches bactériologiques de Petersen, Posner, Neisser et autres.

L'urétrite aiguë s'accompagnerait presque régulièrement pour Frisch de catarrhe aigu des glandes prostatiques.

A un degré léger, on a simplement de la congestion et de l'hypérémie prostatique. Le tissu prostatique est

comme imbibé de sérosité. La glande est augmentée de volume jusqu'à devenir double de ce qu'elle est normalement. Au niveau de la prostate la muqueuse est fortement vascularisée. Sur une coupe, le tissu prostatique est rouge, gorgé de sang et de sérosité et l'examen microscopique fait reconnaître le gonococque. Un degré de plus et l'on arrive à la phase de suppuration, dont les lésions ont été si bien décrites par Segond.

## II. — URÈTHRO PROSTATIQUE CHRONIQUE

Lorsque les lésions ont passé à l'état chronique on observe un certain nombre de modifications. L'inflammation chronique, qu'elle occupe l'urèthre antérieur ou postérieur, présente d'après Finger deux types. Tantôt elle est superficielle, muqueuse siégeant uniquement dans la muqueuse et dans le tissu conjonctif sous épithélial. Tantôt elle dépasse la muqueuse et se complique de péri-urétrite ou de cavernite pour l'urèthre antérieur, de prostatite pour l'urèthre postérieur.

Du côté de l'épithélium urétral, on a noté l'épaississement et l'applatissage de ses couches superficielles. Finger a décrit comme altération essentielle la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux. Finger distingue trois stades de transformation.

Dans le premier, une seule couche de larges cellules plates a remplacé la couche superficielle des cellules cylindriques ; au-dessous, la couche des cellules basales poly-

gonales est épaissie. A un second stade, l'épithélium a pris un caractère véritablement épidermoïdal : une couche profonde de cellules cubiques et au-dessus des couches multiples de cellules polygonales, plus ou moins aplaties, analogues à celles du réseau de nalphighi. Enfin, dans un troisième type l'épithélium n'est plus constitué que par une ou quelques cellules basses d'épithélium plat nucléé, analogues aux couches superficielles de l'épiderme.

En un mot, il y a sclérose de la muqueuse et cette sclérose s'accompagne de lésions analogues sous-muqueuses. Le tissu conjonctif est le siège d'infiltration embryonnaire, de néoformations vasculo-conjonctives, dont l'organisation donnera lieu aux coarctations, aux rétrécissements.

Au niveau de l'urèthre prostatique, les lésions glandulaires prédominent. Elles ont été particulièrement bien étudiées par Finger.

Dans les formes les plus légères, on trouve un catarrhe desquammatif simple ou pyo-desquammatif des conduits excréteurs de la prostate. Il n'y a encore pas de lésions périglandulaires ; il n'y a pas de suppuration vraie. Les lésions sont particulièrement marquées au niveau du caput gallinaginis. Peu à peu le processus s'étend en profondeur, mais toujours en suivant les conduits glandulaires et les glandes.

Les glandes prostatiques présentent les altérations endoglandulaires habituelles. On remarque de la prolifération et de la desquamation de l'épithélium avec obstruction de la lumière glandulaire par un épithélium polygonal, par des granulations amyloïdes ou des leucocytes.

Plus tardivement peuvent apparaître des infiltrations périglandulaires, formées de cellules rondes, mononucléaires, de cellules épithélioïdes, de pigment sanguin.

Ces infiltrats périglandulaires n'ont aucune tendance à la fonte purulente. Ils tendent plutôt à s'organiser en tissu conjonctif et cicatriciel, d'où résulte tardivement l'atrophie, l'étouffement pourrait-on dire du parenchyme glandulaire.

Fürbringer a rapporté deux cas où les lésions prostatiques étaient essentiellement représentées par la tuméfaction trouble des épithéliums glandulaires, par une infiltration leucocytaire et embryonnaire abondante du stroma aboutissant à l'atrophie, à l'usure des éléments glandulaires.

En général, les conduits glandulaires sont dilatés. Leur épithélium présente de la dégénérescence graisseuse.

Concomitamment, on trouve des lésions du veru montanum, sur lesquelles Finger a insisté.

Tantôt, d'après cet auteur, la couche sous-épithéliale seule est atteinte et alors il s'agit d'une lésion muqueuse peu profonde et facilement curable. Plus souvent, cette infiltration gagne les parties profondes, s'insinue le long des culs-de-sac glandulaires, dont elle modifie l'épithélium et arrive au centre de la saillie.

Les lésions fréquemment s'étendent aux conduits éjaculateurs, qui présentent de même des lésions plus ou moins accentuées.

D'après Finger, la participation des conduits éjaculateurs à l'inflammation peut se présenter sous différents aspects.

D'une part, dans les formes superficielles où la maladie est limitée aux couches les plus superficielles du tissu sous-épithélial, l'infiltration n'atteint que l'orifice des conduits éjaculateurs. La compression, le retrécissement de l'embouchure des conduits a lieu aussi bien par suite de l'infiltration du premier stade que par les formations conjonctives du second stade. L'infiltration des couches supérieures du tissu conjonctif sous-épithélial peut se poursuivre le long des canaux éjaculateurs jusque dans la profondeur. Dans le premier cas, le tissu conjonctif sous-épithélial entourant les conduits éjaculateurs est entouré par un infiltrat parvi-cellulaire qui accompagne les conduits éjaculateurs en les doublant pour ainsi dire dans toute leur longueur d'une sorte d'étui conjonctif.

Au second stade, la transformation cirrhotique de ce tissu conjonctif fait des conduits un tube rigide.

Enfin il est une dernière modification signalée par Finger. Les conduits éjaculateurs ne sont pas de simples canaux lisses. Leur paroi possède, surtout à l'intérieur de la prostate de nombreux diverticules, revêtus d'un épithélium identique à celui des conduits eux-mêmes et qui débouchent à angle aigu dans ces conduits suivant le sens de la projection du sperme.

Sous l'influence de l'altération des conduits éjaculateurs, ces diverticules se dilatent, deviennent de véritables réservoirs à sperme, et si nous avons insisté sur tous ces détails, c'est parce qu'ainsi que le montre Finger, ils servent à expliquer des symptômes importants fréquemment observés au cours des uréthro-prostatites chroniques, la spermatorrhée et l'hémospermie.

Nous aurons à revenir sur ces points.

## ÉTUDE CLINIQUE.

La participation de la prostate à l'inflammation de l'urèthre s'observe soit au cours où à la suite de la blennorrhagie aiguë, soit dans l'urétrite chronique.

Nous devons donc dans ce chapitre étudier séparément.

A) Le rôle de la prostate dans la blennorrhagie récente.

B) Le rôle de la prostate dans l'urétrite chronique.

### A. — SYMPTOMES PROSTATIQUES DANS LA BLENNORRHAGIE RÉCENTE.

Au cours d'une urétrite aiguë, il est fréquent de voir apparaître un certain nombre de symptômes qui relèvent très probablement d'une congestion de la prostate.

La rétention d'urine signalée assez fréquemment, étudiée par M. Mauriac, et dont M. le Dr Duchemin a fait une étude assez complète ne reconnaît dans la plupart des cas d'autre cause.

Cette congestion peut apparaître à la suite d'un écart d'hygiène, d'une fatigue. Elle se caractérise par une certaine difficulté de la miction, par une sensation de pesanteur rectale qui persiste entre les lavages.

M. Janet dit à cet égard : « J'ai été à même de constater très souvent ce phénomène, il ne m'étonne nullement étant donné qu'il ne représente en réalité qu'une exagération de l'action habituelle des lavages de permanganate de potasse, les lavages agissent précisément par l'œdème qu'ils provoquent et la transsudation abondante qui en est la suite ; il n'y a donc rien d'étonnant que la prostate participe à cet œdème ».

L'hémospémie n'est pas rare, au cours de la blennorrhagie aiguë. Elle relève ordinairement de l'extension du processus gonococcique aux vésicules.

Les douleurs périnéales ou pendant la défécation, que ressentent certains malades le ténésme rectal de quelques blennorrhagiques à l'état aigu, doivent être mis sur le compte de la prostatite.

Mais les signes les plus certains sont fournis par le toucher rectal.

On constate alors que la prostate est grosse, arrondie, très lisse, molle. Elle conserve un instant l'impression du doigt.

A un degré plus avancé, la prostate est gonflée mais inégalement. Les bords latéraux sont épaissis. Ils forment un bourrelet douloureux et il n'est pas rare que la pression exercée en ces points après une miction qui a balayé l'urèthre, fasse sourdre au méat, une gouttelette sero purulente où l'on retrouve en abondance les gonococques.

L'épreuve devient très nette lorsqu'on a soin, après avoir recueilli l'urine dans deux premiers verres, de faire uriner une troisième fois le malade. Entre le deuxième et le troisième verre, la différence est frappante. Ce dernier est formé par une urine absolument trouble où nagent parfois de gros flocons troubles ou sanguinolents.

Dans tous ces cas l'état général reste bon.

A côté de ces phénomènes, qui traduisent un état de congestion en quelque sorte aiguë de la prostate, il en est d'autres sur lesquels on a jusqu'ici moins attiré l'attention. Nous voulons parler de la congestion très fréquente qui suit très fréquemment la blennorrhagie subaiguë.

Il n'est pas rare chez un blennorrhagique convenablement traité, de voir persister après un traitement parfois assez long, un écoulement filant, muqueux, empesant le linge sans le tacher, stérile qui fait le désespoir du malade et du médecin.

Au microscope on ne trouve dans ces écoulements que des corpuscules amyloïdes, des cellules dégénérées, des corps hyalins, quelques leucocytes. Souvent on n'y trouve aucun microbe: c'est l'urétrite aseptique.

Cet état si fréquent est du, nous en sommes persuadés à la congestion et à l'inflammation de la prostate. La preuve en est fournie par l'efficacité d'un traitement dirigé contre l'élément prostatique, le massage par exemple.

Hâtons nous de dire toutefois que cette explication de l'urétrite aseptique que nous croyons vraie

pour un très grand nombre de cas, ne peut être seule admise.

C'est ainsi que Schlifka a signalé des suppurations uréthrales aseptiques ayant pour origine un foyer d'infection siégeant plus ou moins loin du canal.

Peut-être aussi faut-il dans un certain nombre de cas faire intervenir le rôle des toxines microbiennes ; ces faits sont encore mal établis.

#### B. — SYMPTOMES PROSTATIQUES DANS L'URÉTHRITE POSTÉRIEURE CHRONIQUE.

Si dans un certain nombre de cas, il est difficile d'affirmer la participation de la prostate, dans la plupart on arrive aisément à reconnaître au milieu des symptômes uréthraux proprement dit, les signes de l'infection prostatique.

Il s'agit en général d'un malade chez lequel, malgré tous les traitements essayés, persiste à la suite d'une ancienne uréthrite, un écoulement uréthral.

Cet écoulement, vulgairement connu sous le nom de goutte militaire, apparaît le matin ; son abondance est variable. Parfois c'est une goutte jaunâtre, épaissée, facile à recueillir. Dans d'autres cas, il faut en quelque sorte exprimer le canal pour recueillir une gouttelette minime, presque séreuse, où le microscope dénote la présence de leucocytes, de cellules variées, de microbes.

Cependant ces symptômes appartiennent plutôt cliniquement à l'uréthrite et nous voulons surtout insister sur les signes qui peuvent faire penser à une lésion prostatique.

Déjà un certain nombre de troubles fonctionnels peuvent mettre sur la voie.

Bon nombre de malades se plaignent de douleurs soit pendant, soit dans l'intervalle des mictions.

Les mictions sont augmentées de fréquence. Toutes les causes susceptibles de congestionner la prostate peuvent déterminer cette pollakiurie. Aussi n'est-il pas rare de voir, comme dans la première période de l'hypertrophie prostatique, le malade être obligé de se relever la nuit une ou plusieurs fois.

Les douleurs sont fréquemment localisées à la région périnéale, parfois irradiant vers l'anus et le rectum. Elles peuvent atteindre un degré d'intensité assez marqué, au point de jeter le malade dans une profonde neurasthénie. Qui ne connaît ces malades tourmentés par la présence d'un écoulement persistant, par quelques douleurs dans la sphère génitale dont l'existence est parfois complètement troublée.

Du côté sexuel, on peut trouver différents troubles. Les douleurs au moment du coït ou après, les éjaculations précoces, les érections affaiblies, ou même l'impuissance sont autant de symptômes très fréquemment observés.

Sous l'influence de causes excitantes, coït, boisson, ou de réinfection, une nouvelle poussée aiguë ou subaiguë peut survenir. Un traitement approprié rétablit les choses dans leur premier état et la goutte persiste sous sa forme primitive.

La goutte uréthrale s'accompagne toujours de la présence de filaments dans les urines. Les filaments dont

M. Hallé a fait l'étude, sont formés de cellules diverses et de leucocytes. Nous passons sur leurs caractères pour entrer plus particulièrement dans l'étude des symptômes prostatiques.

Écoulement matinal, filaments dans les urines tels sont à proprement parler, les vrais signes de l'urétrite. Toutefois, les uns et les autres ne sont pas exclusivement d'origine urétrale. Une lésion de la prostate même isolée peut tout aussi bien que l'urétrite donner lieu à la présence d'écoulement permanent et de filaments dans les urines.

Les pollutions sont extrêmement fréquentes. Le malade au moment de la défécation perd un liquide analogue au sperme qui ne laisse pas de l'effrayer beaucoup.

Tous les malades ont lu plus ou moins Tissot et Lallemand, ou toute autre de ces compilations si nombreuses « à l'usage des gens du monde ». Aussi croient-ils volontiers à l'existence et à la gravité des pertes séminales.

En réalité, outre quel'importance de la spermatorrhée, a été ridiculement grossie et exploitée, il ne s'agit pas toujours de sperme. C'est même plutôt l'exception.

Dans la majorité des cas il y a simplement prostatorrhée.

La prostatorrhée, signalée par tous les auteurs, par M. Guyon, par Fürbringer, Finger, Socin, Güterbock, Frisch, Janet, etc. est un symptôme capital.

L'écoulement du liquide prostatique se fait pendant la miction ou la défécation. Il se présente sous forme

d'un écoulement de liquide blanc laiteux, épais, d'abondance très variable, de 1 goutte à 10 grammes ou plus.

Fürbringer a décrit avec soin la sécrétion normale de la prostate. Les caractères qu'il en donne permettent de différencier la sécrétion normale de l'état pathologique. Au lieu d'avoir un liquide clair, filant, acide, formé de grains de lécithine, d'épithéliums ciliés, et de granulations amyloïdes, le liquide de la prostatorrhée est épais, jaunâtre, parfois strié de sang, de réaction alcaline, Il contient macroscopiquement des granulations blanchâtres, des filaments. D'après Frisch, il semble que ce liquide ait une action nuisible sur les spermatozoïdes, ce qui expliquerait l'impuissance passagère ou définitive de ces malades. Au microscope, on y trouve des cellules cylindriques nombreuses, souvent groupées, associées à des amas de cellules rondes, des leucocytes, des hématies et des micro-organismes.

Pour Finger le liquide de la prostatorrhée se présenterait sous deux formes.

Dans un premier groupe de cas, la sécrétion a une consistance épaisse, une coloration laiteuse, elle est abondante et formée microscopiquement d'amyloïdes, de grains de lécithine, d'éléments épithéliaux cubiques, polygonaux.

Dans une autre série de cas, la sécrétion est manifestement morbide, presque exclusivement formée de leucocytes.

Bien que la prostatorrhée soit un signe de la plus haute valeur, elle n'existe pas toujours. Certaines prostatites chroniques très nettes et indéniables ne

s'accompagnent pas de prostatorrhée. Ces cas cependant sont l'exception.

Dans certains cas, il y a non pas prostatorrhée mais bien spermatorrhée.

Finger explique cette spermatorrhée par la présence de ces diverticules des canaux éjaculateurs que nous avons signalés, d'après lui, à l'étude anatomo pathologique.

Quoiqu'il en soit cette spermatorrhée est bien loin de présenter la gravité que lui attribuaient les anciens auteurs. Il faut même s'efforcer de relever le moral du malade qui très facilement, sous la foi de descriptions imaginaires, s'en frappe considérablement.

L'examen des urines ne doit pas être négligé. Parfois les urines laissent un dépôt purulent abondant, c'est qu'il y a en même temps cystite.

Dans d'autres cas, on trouve simplement des filaments. C'est ici que s'impose l'épreuve des trois verres.

« Le malade urine une première portion pour balayer les mucosités uréthrales, puis une seconde portion qui servira de point de comparaison, et il retient la troisième » (Janet). Après expression de la prostate, on demande au malade d'uriner et on recueille dans le troisième verre le reste du contenu vésical qui est alors chargé de pus et de filaments.

Finger signale comme très fréquente la phosphaturie.

L'hémospERMIE est également un symptôme fréquent. Pour Walter Collan, l'hémospERMIE serait toujours symptomatique de vésiculite. Cette opinion est croyons nous excessive.

## DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'uréthro prostatite aiguë n'offre pas de grandes difficultés.

Nous avons vu qu'en pareil cas, où bien il y a simplement congestion de la prostate, ou bien il y a en même temps qu'urétrite, prostatite infectieuse diffuse, aiguë ou subaiguë.

Au cas de simple congestion, on sent par le toucher rectal une prostate grosse, œdématisée, molle. Janet, dans une étude toute récente, donne en outre les caractères suivants.

Dans la simple congestion prostatique :

1° Le second verre d'urine reste clair ou s'éclaircit rapidement sous l'influence de lavages ; la sécrétion prostatique n'étant pas purulente ne trouble pas le contenu vésical.

2° Cet état de la prostate ne gêne en rien le traitement.

Dans le cas d'infection prostatique, au contraire, toujours d'après M. Janet :

1° L'urine du second verre reste trouble malgré les

lavages et l'on y retrouve en abondance des gonococques bien vivaces, alors qu'on n'en retrouve que pas ou peu dans la goutte prise au méat.

2° Le traitement par le permanganate ne suffit pas et la rechute se produit à la moindre suspension des lavages.

3° Il suffit d'un massage de la prostate suivi d'un lavage pour éclaircir l'urine du second verre.

Les symptômes fournis par l'examen physique sont minimes. Il n'y a ici qu'infection légère des lacunes et des glandes prostatiques.

Lorsque l'invasion de la glande est plus profonde, les modifications de volume de la prostate traduisent sa souffrance. La prostate est inégalement gonflée et douloureuse. La pression sur la prostate détermine souvent l'évacuation d'un peu de pus qu'on voit sourdre au méat sous forme d'une petite gouttelette jaunâtre.

Pour avoir toute certitude à l'égard de l'origine prostatique de cette gouttelette, on peut au préalable faire un nettoyage de l'urèthre soit en faisant uriner le malade, et en comparant les deux premiers verres avec un troisième émis après expression de la prostate, soit en introduisant un peu d'eau boriquée dans la vessie qui, une première fois évacuée, est gardée un instant pour être recueillie après massage.

Le troisième verre ainsi obtenu contient en abondance des flocons de pus, quelquefois striés de sang, dont l'origine prostatique est évidente.

Le diagnostic de l'uréthroprostatite chronique peut être établi d'une façon certaine par le toucher digital de

la prostate. On doit chercher à la fois les modifications de volume et de consistance de l'organe et noter avec le même soin les sensations éprouvées par le malade, aussi bien que le liquide que l'expression prostatique fait venir au méat.

Cet examen doit se faire le malade étant couché sur le dos, les cuisses légèrement relevées et fléchies. Dans cette position on atteint facilement la prostate que l'on peut presque examiner bimanuellement.

Le doigt introduit explore les deux lobes, note le volume de la glande, sa consistance, sa sensibilité. Fréquemment un seul lobe est augmenté et douloureux.

Avec le doigt on délimite les bords de la glande on se rend compte de l'état des deux lobes, on note les différences de consistance, de configuration.

On peut ainsi trouver des résultats assez différents. Fréquemment, il y a asymétrie prononcée. Les deux lobes sont également lisses mais l'un d'eux paraît faire une saillie plus forte, il apparaît sous le doigt plus mou, dépressible généralement cet examen provoque une certaine douleur. Cette sensibilité est très variable.

Elle coïncide ordinairement avec les modifications plus ou moins marquées déjà notées sur l'un ou l'autre lobe.

Elle reste donc localisée au point malade. Parfois cependant cette douleur est diffuse ; la pression de toute la glande est pénible, mais plus habituellement on trouve un point limité où la douleur devient très vive.

Très fréquemment cet examen provoque des besoins d'uriner impérieux.

Il arrive souvent qu'on rencontre sur une prostate des

points douloureux qui après quelques pressions deviennent mous et aplatis, en même temps que par l'urèthre sort un liquide purulent, jaunâtre épais. Cela correspond à la formation de cavernules évacuées par l'expression.

L'examen doit toujours être complété par l'expression de la glande.

Le doigt promené successivement sur les deux lobes exerce sur l'un et l'autre une série de pressions dont l'effet est d'amener au méat un liquide plus ou moins abondant, d'origine prostatique.

L'abondance en est très variable, de quelques gouttes à une ou même plusieurs cuillérées à café. Afin d'éviter toute cause d'erreur il est bon de ne pratiquer cette expression qu'après avoir nettoyé le canal. On peut par exemple faire uriner le malade dans deux verres et recueillir après expression les dernières gouttes d'urine qui contiennent alors en abondance du pus, des filaments parfois striés de sang. On peut aussi après avoir fait uriner le malade, lui injecter dans la vessie une petite quantité d'eau bouillie qu'on retirera après expression. La comparaison du dernier verre d'urine avec l'eau ainsi retirée de la vessie, contenant les produits de l'expression permettront de différencier ce qui vient de l'urèthre, ce qui vient de la prostate.

Le liquide ainsi recueilli doit être soumis à l'examen microscopique. Suivant les cas, ou bien l'on peut se contenter de recueillir sur lamelle un gros filament, ou bien lorsque le trouble du liquide est diffus ou centrifuge ce résidu. On y trouve alors des cellules épithéliales cylindriques ou polygonales des corpuscules amyloïdes, des

grains de leucine, les cristaux spermatiques de Böttcher, en aiguilles ou en prismes, et aussi les virgules Fürbringer constituées par deux couches de cellules cylindriques superposées. On y trouve aussi des microbes en plus ou moins grande abondance. Rarement, on y rencontre le gonococque. Le coli-bacille est fréquent. Ces faits ne sont pas sans importance, car, pour Veith, très fréquemment l'expression de la prostate que produit naturellement le coït serait une cause importante d'infection chez la femme,

Le diagnostic doit être complété par l'examen de l'urèthre prostatique. Habituellement le passage d'un béniqué ou d'une sonde à ce niveau est douloureuse. Le liquide que ramène la sonde ou l'explorateur peut également être soumis avec avantage à l'examen microscopique.

Dans quelques cas où l'examen endoscopique a été fait, on a vu le caput gallinaginis et la région avoisinante injectés, fortement vascularisés.

L'examen cystoscopique montre l'orifice interne épaissi pourvu de saillies, de granulations, et d'excroissances papillaires.

## TRAITEMENT

La propagation de l'infection gonococcique à la prostate survient, avons nous vu, soit au cours d'une uréthrite aiguë soit au cours d'une uréthrite chronique.

Au cours d'une uréthrite aiguë, primitive, il ne faut pas oublier que la maladie est ordinairement uniquement localisée à la partie antérieure de l'urèthre. Le but du médecin doit donc être d'éviter l'extension du mal, d'éviter l'infection de l'urèthre postérieur.

Sans doute, cela n'est pas toujours possible. Il faut en effet tenir compte de conditions que nous connaissons assez mal encore. Le degré de virulence du gonococque, certaines prédispositions individuelles peut être facilitent la généralisation du mal.

On sait aussi que, pour certains auteurs, parmi lesquels Fürbringer, l'uréthrite postérieure n'est pas toujours due au gonococque, mais peut être aux toxines secrétées par

les gonococques de l'urèthre antérieur et transportées dans l'arrière canal par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques des parois uréthrales.

Quoiqu'il en soit, nous pensons que bon nombre d'uréthro prostatiques aiguës pourraient être évitées, car elles reconnaissent, croyons-nous, pour cause une mauvaise technique dans l'application du traitement local.

L'habitude de beaucoup de médecins de pratiquer d'emblée des lavages uréthrovésicaux à dose élevée de permanganate de potasse nous apparaît comme très défectueuse..

Nous préférons de beaucoup au cas d'uréthrite simple le lavage de l'urèthre antérieur seul, sous faible pression. Le lavage de l'urèthre antérieur doit être fait avec une très faible pression, au début, qu'on augmentera légèrement au besoin.

Il a pour but de débarrasser la muqueuse uréthrale de la sécrétion morbide et l'action mécanique des lavages est complétée par l'action antiseptique et astringente du permanganate. En nous appuyant sur un certain nombre de cas d'uréthrite antérieure traités exclusivement par le lavage antérieur, nous pouvons affirmer dans la presque totalité des cas la guérison complète sans complication d'une uréthrite antérieure primitive.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Les injections encore hélas ! préconisées par quelques médecins, le traitement médical trop souvent insuffisant ou appliqué d'une façon intempestive, parfois enfin les grands lavages uréthro-vésicaux mal dirigés ont refoulé

les germes dans l'urèthre postérieur : l'uréthro-prostatite aiguë se constitue.

Nous avons vu que la prostatite qui accompagne l'uréthrite postérieure aiguë est plus ou moins prononcée.

Elle peut se réduire à une imple congestion. Il suffit en effet d'observer attentivement un certain nombre de blennorrhagiques, ayant eu une infection spécifique des deux urèthres, antérieur et postérieur pour se convaincre de l'existence presque habituelle en tout cas très fréquente d'une congestion de la prostate.

Le seul moyen d'agir efficacement sur la congestion prostatique qui occasionne ce suintement, est le massage de la prostate.

Il en résulte que pour terminer cet état de suintement qui complique un très grand nombre de cas d'uréthrites aiguës, il est indispensable de pratiquer le massage de la prostate. Ce massage, en décongestionnant la glande, amène la cessation de ce suintement.

Nous reviendrons plus loin sur le massage prostatique. Pour le moment, nous retiendrons seulement son indication dans les cas que nous signalons,

Dans le traitement de l'uréthro prostatite chronique, consécutive à l'uréthrite postérieure il faut avant tout rechercher les indications causales.

Nous avons dit l'importance des rétrécissements. Le médecin devra donc s'appliquer à connaître l'état exact du malade.

Existe-t-il un rétrécissement ? En dehors des rétrécissements communs, le rétrécissement large si bien étu-

dié par MM. Albarran et de la Calle est une cause importante d'infection prostatique.

Les rétrécissements larges sont d'une fréquence très grande dans les uréthrites chroniques.

Le plus souvent cependant ils sont passés sous silence. Le médecin qui n'a pas su les découvrir, ne dirige aucun traitement contre eux et l'uréthrite se trouve ainsi indéfiniment prolongée.

La cystite, les calculs prostatiques sont également autant de causes qui sont susceptibles d'entretenir une uréthrite chronique et de favoriser l'infection prostatique.

Contre chacune de ces complications le médecin doit diriger un traitement approprié.

Indépendamment de ces complications, il faut s'efforcer de répondre aux indications fournies par l'uréthroprostatite elle-même.

La révulsion périnéale a été proposée par différents auteurs. On ne peut guère en attendre de résultats.

On a essayé d'agir sur la prostate par l'action d'agents thermiques. Les courants d'eau chaude, les irrigations rectales ont été fortement recommandées de différents côtés.

De tous les moyens, dont nous disposons pour agir sur la prostate le plus rationnel, le plus actif est sans contredit le massage.

Et cependant, malgré les résultats obtenus par quelques spécialistes, le massage prostatique est encore insuffisamment connu.

Le massage de la prostate a été recommandé presque en même temps par différents auteurs.

M. Albarran dès 1892, l'a préconisé dans ses leçons orales, et vers la même époque nous le voyons particulièrement recommandé par Ebermann (Soc. de médéc. de Saint Pétersbourg, 17 mars 1892) puis l'année suivante par Schlifka, v. Sehlen et enfin plus tard par Rosenberg, Felecki, Posner Fuller et Alexander.

La prostate en raison de sa structure, de sa vascularisation, de ses connexions lymphatiques se prête particulièrement bien au massage.

Le massage agit sur elle de deux façons : c'est d'une part une sorte d'expression mécanique de la sécrétion retenue dans les cryptes et dans les conduits glandulaires, il débarrasse la glande de produits septiques qui créent une infection latente.

En second lieu le massage facilite les échanges circulatoires intra-prostatiques, entraîne la résorption des exsudats et des stagnations purulentes, diminue la stase veineuse et régularise la circulation lymphatique. L'élément musculaire reprend sa vitalité. Sous l'influence du massage il se produit une véritable augmentation de l'absorption interstitielle par la suractivité imprimée à la circulation au retour.

Le massage de la prostate se pratique dans le décubitus dorsal par l'introduction du doigt dans le rectum.

Le doigt soigneusement enduit d'un corps gras, pénètre dans le rectum, la face palmaire en avant et peu à peu arrivant au niveau de la prostate exerce sur celle-ci, dont il explore les deux lobes, une série de frictions douces, mais assez énergiques. En général, ces frictions don-

nent lieu à un véritable écoulement muco-purulent par le méat.

Le massage doit durer environ de 3 à 5 minutes. Ce temps suffit à assurer l'évacuation de la glande qui ordinairement à la fin du massage redevient souple.

Ordinairement le massage est parfaitement supporté. Rarement il provoque de trop vives douleurs. Tout au plus détermine-t-il un peu d'agacement nerveux chez certains malades.

Dans la majorité des cas, non seulement le massage est bien supporté, mais il détermine une sorte de bien-être. La sensation de pression périnéale, les douleurs si fréquentes de la prostatite chronique disparaissent.

Le massage se pratique ordinairement avec le doigt. Pourtant Felecki a préconisé dans ce but l'emploi d'un instrument spécial, formé d'une sorte de poire allongée analogue aux bougies rectales, mesurant 13 centimètres de long, vissée à angle obtus sur un manche de 18 cent.

Le massage de la prostate à l'aide de cet instrument se fait dans le decubitus dorsal soit par le médecin, soit, d'après Felecki, par le malade lui-même.

Certains auteurs ont proposé d'agir sur la prostate au moyen de suppositoires.

Rosenberg a préconisé les suppositoires d'ichtyol à la dose de 0,2 à 0,5. Nous nous sommes parfois bien trouvés de leur emploi. Au cas de phénomènes douloureux, on peut y adjoindre la belladone ou la morphine. De même les lavements d'antipyrine pourraient rendre service.

Oberlandër a recommandé l'iodoforme en suppositoire.

Kobner prescrit l'iodure de potassium en suppositoires.

|                      |      |
|----------------------|------|
| KI.....              | 0,5  |
| Extr. belladone..... | 0,02 |
| Beurre de cacao..... | 25,  |

Ou en lavements :

|                     |        |
|---------------------|--------|
| KI.....             | 10 gr. |
| K. Br.....          | 8      |
| Ext. belladone..... | 0,6    |
| Eau.....            | 300    |

Le traitement uréthral de l'uréthro prostatite comprend les grands lavages et les instillations. Les grands lavages sans sonde, suivant la méthode Janet, peuvent se faire soit à l'aide de solutions plus ou moins concentrées de permanganate de potasse (de 0,20 à 1 p. 1000), soit à l'aide de sublimé 1 à 2 p. 20.0000 ou à l'oxy-cyanure de mercure à 1 p. 1000.

Les instillations se font en général à l'aide de nitrate d'argent de 1 p. 100 à 1 p. 10.

Dans ces derniers temps, on a beaucoup préconisé le protargol.

Le protargol, découvert par Eïchengrün en 1897, est une combinaison d'argent métallique et de matière protéique. C'est une poudre fine, jaunâtre, très soluble jouissant de propriétés bactéricides manifestes.

En lavages il a été prescrit pour l'uréthrite à la dose de 0,50 pour 100, en instillations à la dose de 5 à 10 pour 100.

M. Noguès a décrit un procédé qui tient le milieu entre

l'instillation et le lavage. Il consiste à pousser dans l'urèthre postérieur, une assez grande quantité de liquide au moyen d'une bougie à instillation. Ce procédé, que blâme M. Desnos, aurait donné à M. Noguès, de bons résultats.

Tout récemment on a préconisé l'acide picrique. Nous l'avons, pour notre part, employé avec avantage dans quatre cas. Nous nous sommes servis d'une solution d'acide picrique saturée soit 7 p. 100.

Ces instillations ne sont nullement douloureuses et ce procédé mérite certainement d'être pris en considération.

## OBSERVATIONS

Les observations que nous rapportons sont des exemples très nets d'uréthro-prostatites chroniques améliorés par un traitement dirigé contre la prostate.

Nous y joignons un certain nombre d'observations recueillies dans la thèse de M. Thomas sur le traitement des uréthrites. Les lésions prostatiques sont évidentes à la lecture de ces observations.

#### OBSERVATION

*Due à l'obligeance du Docteur Duchemin.*

N. V..., caissier.

Première blennorrhagie en 1893.

Deuxième blennorrhagie en avril 1899.

Les injections de quinine ont tari l'écoulement.

Mais il subsiste une goutte matinale, apparaissant dans la journée.

Goutte laiteuse, grosse comme un pois, tachant un peu le linge en jaune.

Prostatorrhée depuis plusieurs années.

26 octobre 1899. — Examen : prostate globuleuse un peu rénitente, sensible à la pression sur les deux lobes.

Lavage urétral antérieur 1/2000.

27 octobre 1899. — Même goutte au réveil.

Urine limpide dans les deux verres, longs filaments dans la premier verre.

Traitement : massage de la prostate.

Instillations de nitrate d'argent.

Dilatation de l'urèthre

Gérison.

#### OBSERVATION

*Due à l'obligeance du Docteur Duchemin.*

Première blennorrhagie il y a 9 ans. Ecoulement très modéré, pas de douleurs. Durée quinze jours. Guérison absolue en apparence.

Il y a un an et demi, deuxième blennorrhagie, à la suite de laquelle persiste un écoulement pour lequel le malade vient consulter.

10 avril 1899. — Goutte matinale épaisse.

Filaments nombreux dans les urines.

Prostate : deux lobes très saillants, résistance élastique, pas d'évacuation par le canal.

Examen microscopique négatif. Écoulement aseptique.

Traitement : massage prostatique.

Instillations de nitrate d'argent.

Amélioration manifeste dès les premiers jours.

Guérison vers le 23 mai.

#### OBSERVATION

*Due à l'obligeance du Docteur Duchemin.*

M. G..., 35 ans.

Première blennorrhagie en août 1898 qui laisse à sa suite un écoulement pour lequel le malade vient consulter.

Prostate saillante, dure et douloureuse.

Le massage ramène au méat un liquide épais jaunâtre.

Diagnostic : Uréthroprostatite.

Traitement : Instillations du massage prostatique.

Guérison.

#### OBSERVATION

*Due à l'obligeance du Docteur Duchemin*

Première blennorrhagie en 1880 avec épидидymite gauche.

En 1883 nouvelle épидидymite aiguë.

En 1889 nouvelle uréthrite sans réapparition de l'épididymite.

En avril 1889 nouvelle blennorrhagie.

Dans l'intervalle de ces diverses uréthrites n'a pas remarqué de suintement.

Actuellement 30 mai 1899. Depuis une huitaine de jours ressent une pesanteur périnéale. Ecoulement matinal persistant. Mictions fréquentes.

Prostate volumineuse, faisant saillie comme un œuf de dinde, dure comme du bois, très sensible à la pression non dépressible.

Traitement : Repos absolu.

Lavements très chauds trois fois par jour.

Ovules de glycérine solidifiée.

5 juin. — Diminution nette de la gêne périnéale et de la fréquence des mictions. Prostate un peu moins volumineuse un peu dépressive à droite, sans issue de matière.

Instillation nitrate d'argent 1 %.

8 juin. — A la suite du massage précédent, quelques élancements dans la vessie.

Hier au contraire, gêne moindre ; mictions normales.

Prostate : lobe droit dépressible avec issue d'environ 10 à 15 grammes de liquide épais, purulent, un peu brunâtre. Lobe gauche toujours dans le même état.

12 juin. — Le lobe droit se vide bien.

Le lobe gauche commence à se vider mais reste plus gros que le droit.

Instillations remplacées par des lavages au sublimé à 1/10000.

19 juin. — Prostate très diminuée de volume.

Lobe droit presque normal. Sans induration ; la pression l'aplatit complètement en faisant sortir par l'urèthre une très petite quantité de liquide très peu épais et peu coloré.

Le lobe gauche encore induré, gros comme le bout de l'index se déprime facilement avec issue d'une grande cuillerée à soupe de matière sirupeuse colorée en rouge brun. Presque aucune sensibilité à la pression.

Le traitement fut ainsi continué jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet époque

où la prostate parut avoir repris ses caractères normaux et où l'écoulement disparut définitivement.

OBSERVATION INÉDITE (Résumée).

*Due à l'obligeance du Docteur Duchémin.*

Blennorrhagie subaiguë première atteinte.

Début il y a six mois, mal guérie.

Novembre 1898. — Actuellement filaments dans les urines  
goutte matinale.

Soignée par des lavages et instillations jusqu'en décembre  
l'écoulement paraît avoir définitivement cessé.

27 Décembre. — Revient avec persistance de la goutte ma-  
tinale qui avait cessé. Filaments dans les urines.

Lavages et injections jusqu'au 10 janvier 1899.

10 janvier 1899. — Mictions normales comme fréquence,  
légèrement douloureuses, pas de sang.

Écoulement un peu augmenté ; goutte constante.

Pression de la prostate un peu douloureuse.

La glande est un peu saillante. Le massage, fait sortir par  
l'urèthre un peu de liquide.

Le massage de la prostate est continué jusqu'à la fin du mois,  
d'une façon presque quotidienne.

3 Février. — Amélioration bien marquée ; urine absolument  
limpide ; filaments très rares.

Prostate : les deux lobes sont saillants et durs.

La pression en fait sortir du liquide et à la suite de ce mas-  
sage la glande s'affaisse et devient plus souple.

Revu un mois après en très bon état.

Pas d'humidité au méat ; prostate absolument normale.

Vers la fin de décembre le protargol est remplacé par l'acide picrique.

#### OBSERVATION

*In thèse Thomas, Paris 1899.*

Ar..., 27 ans, ferblantier.

Première blennorrhagie, en janvier 1899, traitée par des injections à l'acétate de plomb. Pas de complications. La maladie a évolué en 15 jours.

1<sup>er</sup> mars 1899. — Douleurs persistantes à la miction. Urines avec nombreux filaments.

L'exploration du canal montre un rétrécissement large de la partie profonde.

L'épididyme du côté droit est induré. Prostate étalée, semée de nombreuses granulations : on commence une série d'instillations au protargol, avec dilation, du premier mars au dix mai.

Amélioration peu sensible.

#### OBSERVATION

*In thèse Thomas, Paris 1899.*

Bo..., 26 ans, dessinateur.

En 1897, douleurs spontanées dans le testicule ; légère irritation et picotements dans l'urèthre.

25 novembre 1898. — L'examen cystoscopique montre clairement des lésions de cystite.

Le canal de l'urèthre est libre.

Prostate un peu tuméfiée, avec quelques légères bosselures.

Nous faisons une instillation de protargol.

28 novembre, 2 décembre. — Rétention : 120 grammes : nouvelles instillations.

OBSERVATION

*In Schlifka. (Wiener med. Woch., 1893, p. 910).*

K. S..., 22 ans.

Blennorrhagie il y a 5 ans, suivie de cystite.

Actuellement prostatorrhée.

La prostate est augmentée de volume, très sensible à la pression.

Urèthre normal ; hypéresthésie marquée de la région membraneuse.

Le malade très déprimé est découragé des efforts inutilement tentés pour la guérison et parle de suicide.

Instillations et massage de la prostate.

Au bout du huitième jour amélioration très manifeste.

Quelques jours après, le malade revint nullement amélioré, se plaignant toujours des mêmes douleurs et sollicitant un « traitement ».

Nous essayâmes alors de combiner le massage urétral de la prostate au lavage froid de l'urèthre de la vessie.

Tous les deux jours, nous lui fîmes une séance de massage à l'aide de Beniqué, de numéros croissants, suivie d'un lavage uréthrovésical à l'eau bouillie froide.

L'effet dépassa notre attente et au bout de dix séances, le malade se déclara très amélioré et dit ne plus ressentir que par intervalles les anciennes douleurs.

Nous avons alors interrompu les séances de massage, moins convaincu que le malade de leur réelle efficacité.

Nous avons revu depuis le malade à deux ou trois reprises, qui nous a chaque fois témoigné la persistance de sa guérison.

OBSERVATION

*In Schlifka (Wiener med. Woch., 1893, p. 910).*

K. S..., 22 ans.

Blennorrhagie il y a 5 ans, suivie de cystite.

Actuellement prostatorrhée.

La prostate est augmentée de volume, très sensible à la pression.

Urèthre normal; hypéresthésie marquée de la région membraneuse.

Le malade très déprimé est découragé des efforts inutilement tentés pour la guérison et parle de suicide.

Instillations et massage de la prostate.

Au bout du 8<sup>e</sup> jour amélioration très manifeste.

OBSERVATION

*In Schlifka (Wiener med. Woch., 1893, n<sup>o</sup> 21, p. 910).*

E. S..., 30 ans.

Blennorrhagie ancienne. Urtéhrite postérieure.

Lobe droit de la prostate augmenté de volume

Depuis 2 ans mictions fréquentes, pénibles.

Prostatorrhée.

Massage pendant une semaine.

Très grande amélioration à la suite.

OBSERVATION

*(Ibid. id.)*

Prostathorrhée à la suite de blennorrhagie ancienne depuis 6 ans.

Les 2 lobes de la prostate sont augmentés de volume ; légèrement douloureux, de consistance molle.

Massage de la prostate ; au bout de 6 séances diminution de la sécrétion.

#### OBSERVATION

*In thèse Thomas, Paris 1899.*

Mar..., 30 ans, garde républicain.

Première blennorrhagie en 1889, qui a duré un mois et demi : a été traitée par le lait, les boissons diurétiques, les balsamiques.

Deuxième blennorrhagie en 1897. Soignée au moyen d'injections au sulfate de zinc.

Actuellement, 30 novembre 1898, le malade vient à la clinique, présentant un léger suintement et accusant des envies fréquentes d'uriner.

Les testicules ne présentent rien de particulier.

Le toucher rectal démontre que la prostate est hypertrophiée et présente de nombreuses bosselures. On fait une instillation au protargol. Il se produit un léger écoulement sanguin, immédiatement après, qui persiste quelques heures.

4 décembre 1898. — Deuxième instillation.

9 janvier 1899. — Troisième instillation. Pas d'hématurie. Le malade part en convalescence à Amélie-les-Bains.

3 mai 1899. — Urines troubles avec quelques filaments.

Série d'instillations au protargol, jusqu'au 19 mai.

Pas d'amélioration.

#### OBSERVATION

*In thèse Thomas, Paris 1899.*

Ar..., 26 ans..., coiffeur.

Première blennorrhagie en 1892, suivi d'orchi-épididymite gauche. Guérison au bout de 5 mois.

En 1897, la maladie actuelle débute par des envies fréquentes d'uriner : hématuries.

Aujourd'hui 1<sup>er</sup> mars 1897, émissions fréquentes douloureuses, teintées de sang.

Urines troubles. Les deux épидidymes sont bosselés.

Au toucher rectal, la prostate présente des saillies très nettes.

Une série d'instillations au protargol n'ayant amené aucun résultat appréciable, on a recours aux instillations d'acide picrique et d'huile gaïacolée.

#### OBSERVATION

*In thèse Thomas, Paris 1899.*

Ed..., 32 ans, ébéniste.

Première blennorrhagie il y a un an, incomplètement guérie.

Tousse tous les hivers. Il y a 15 jours on lui fit 5 ou 6 instillations en ville et après lesquelles il y eut émissions sanguine.

Actuellement, 5 septembre 1898. — L'exploration du canal le montre libre, mais le toucher rectal nous l'enseigne sur l'état de la prostate qui présente des lésions de péri-prostatite. L'épидidyme gauche est le siège de bosselures nombreuses. Après avoir vidé la vessie, on fait une instillation au sublimé. Du 7 septembre au 26, on fait une série de 7 instillations qui qui n'amènent point de résultats sensibles.

On abandonne le sublimé et on pratique des instillations d'acide picrique qui déterminent dans l'état du malade une amélioration sensible. Depuis le 9 décembre, ce malade n'a point été revu.

## CONCLUSIONS

1° La prostate participe presque toujours plus ou moins au processus inflammatoire des uréthrites aiguës ou chroniques.

2° Le rôle de la prostate dans les uréthrites varie suivant qu'il s'agit d'une uréthrite aiguë primitive ou d'une uréthrite postérieure chronique.

3° L'uréthrite aiguë, même localisée à l'urèthre antérieur pourrait, d'après certains auteurs, (Fürbringer, Hogge) donner lieu à une uréthro prostatite aseptique d'emblée due à l'action des toxines microbiennes. Ordinairement, l'uréthroprostatite succède à l'uréthrite totale. Elle apparaît soit en pleine période aiguë pouvant donner lieu à un ensemble de troubles fonctionnels, (rétention, douleur, hémospemie) et physiques caractéristiques, soit à la suite d'une période aiguë et se traduit alors par la persistance d'un écoulement muqueux, filant aseptique et l'augmentation de volume de la glande.

4° L'uréthrite postérieure chronique s'accompagne presque fatalement de prostatite chronique. Les recherches anatomo histologiques de Finger ont démontré la participation de la prostate à l'infection uréthrale. Dans la majorité des uréthrites postérieures, il y a non pas seulement uréthrite chronique, mais bien *uréthroprostatite chronique*.

Cliniquement la participation de la prostate se traduit par un ensemble de troubles fonctionnels (prostatorrhée, douleurs irradiées, aspermatisme, hémospermie,) et de troubles physiques (hyperthrophie prostatique) qui permettent de la reconnaître. Au cas de doute, l'examen microscopique du liquide recueilli par expression de la prostate, l'existence des cristaux de Böttcher permettront d'affirmer la nature prostatique des lésions.

Au point de vue du traitement, indépendamment des indications causales primordiales fournies par un rétrécissement, une cystite etc., le massage de la prostate pratiqué ainsi que le conseille M. le Dr Albarran est le moyen le plus rationnel et le plus actif pour modifier tant la simple congestion prostatique qui suit la blennorrhagie récente, que les lésions plus graves de l'uréthroprostatite chronique. Le massage agit en décongestionnant la glande prostatique, en vidant les produits inflammatoires qui obstruent les conduits et les acini glandulaires, en facilitant les échanges interstitiels.

Le massage de la prostate sera suivi d'un grand lavage de l'urèthre soit à l'aide du permanganate, soit à l'aide de l'oxycyanure de Hg.

Les instillations d'acide picrique recommandées par M. Desnos donnent de bons résultats, il en est de même des instillations au nitrate d'argent ou au protargol.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu : LE DOYEN,

GUYON.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GREARD.

## BIBLIOGRAPHIE

- AVIS. — Traitement de la prostatite par les lavements d'eau très chaude. *Gaz. hebdom.*, 1886.
- BANGS BOLTON. — Acute et chronic prostatitis. *Med. Rec.*, 1896.
- BRANDT THURE. — Zur Massage der Prostata. *Deut. med. Woch.*, 1892.
- COLLINET. — Urethrite-chronique ; abcès de la prostate. *Annales Gén. Urin.*, 1888.
- COOPER. — Chronic prostatitis et aspermatisin. *Brit. med. journ.*, 1887.
- CHRISTIAN. — Trait. de la blenn. par irrig. urethrale. *Therap. Gaz.*, 1894.
- CASPER. — Berlin. klin. Woch., 1897, n° 15.
- COTTET. — Prostatite supp. à gonococques, III<sup>e</sup> session assoc. franc. Urologie.
- DIÉTZ, — Nevroses de l'appareil urinaire. *Journ. de Bruxelles.*, 1897.
- DUCHEMIN. — Retention d'urine au cours de la blennorrhagie. *Th. Paris*, 1894.
- EASTMANN. — Zur Entstehung der Corpuscula amylacea in der prostata. *Thèse Berlin*, 1896.
- EBERMANN. — Die [Massage der Prostata. *Centralbl. f. Harn und sex Org.*, 1892.

ERAUD. — Blennorrhagie et prostatisme, 1<sup>er</sup> congrès assoc. franc. urologie.

FELECKI. — Thérap. d. chron. Entzündung d. Prostata. *Centralbl. f. Harn u. sex. Org.*, 1895.

FINGER. — La blennorrhagie et ses complications, trad. française Hogge, 1894.

Prostatitis u, spermatoecystitis als complicat. d. Urethritis. *Wiener med. Presse*, 1885.

Zür Klinik u, patholog. Anatomie der Urethritis Posterior und Prostatitis blennorrhagica chronica. *Centr. blatt. f. Harn. u. sex. Org.*, 1893.

Ueber Prostatitis blennorrhagica. *Wiener med. Wochen Schrift*, 1893.

FREUDENBERG. — Ueber Ichtyol suppositorien bei Prostatitis. *Centralbl. Klin. Med.*, 1893.

FRISCH. — Die Krankh, der Prostata. Wien., 1899.

FURBRINGER. — Untersuchungen über die Herkunft u. klin. Bedeutung der sogenannten spermokoystalle etc. *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1881.

Ueber Prostatasecret und Prostatorrhée Sitzber. d. *Jenaisch. Gesellschaft, f. Medécin*, 1882.

GOLDENBERG. — A modified rectal cooling sound. *J. of. cutan. et genit. urinary dis.*, 1896.

GROSGLICK. — Path. und Therapie d. Prostatitis chronica. Monatsbericht v. Casper, 1897.

GUYON. — Des prostatites chroniques. *Ann. gén. Ur.*, 1886  
*idem*, 1887.

Les neurastheniques urinaires., *Ann. gén. Ur.*, 1893.

HARRISON. — Prostatic gout., *Lancet*, 1883.

HOGGE. — Urethro prostatites aseptiques d'emblée. Liège, 1897.

JANET. — Trait. des affect. prostat. et vesicul. de la blennorrhagie. *Revue Therap.*, décembre, 1899.

HOTTINGER. — Prostatite chronique et neurasthénie sexuelle. *Corresp. bl. f. Schweizer Aerzte*, 1896, 161.

- KEERSMAECKER. — Diagnost. et trait. de la prostatite chronique. *Annales soc. belge Chir.*, 1895.
- KROTOSZYNER. — Diagn. und Therapie d. urethritis posterior chronica. *Centralbl. f. Harn und sex. Org.*, 1893.
- LOHNSTEIN. — Zur Behandlung d. prostatitis chronica. *Beit. z. Dermat. u. syph. Festschrift f. Lewin*, 1896.
- NAYET. — Prostatite glandulaire subaiguë d'emblée totale ou partielle. *Ann. gén. Ur.*, 1896, 193.
- NEISSER. — Zur Bedeut. d. gonorrhöisch. prostatitis *Verhandl. d. deutsch. Derm. gesellsch.*, 1894.
- OPPENHEIMER. — Die innerliche Behandl. d. prostatic. und Prostatitis chronica mit Prostata substanz. *Dermat. Centralbl.*, 1899.
- PEYER. — Die Neurosen der prostata. *Berliner Klinik*, 1891, n° 38.
- PUTZLER. — Betheiligung d. Prostata am. gonorrhöisch. Process. *Monatsber. fr. prakt. Dermat.*, 1894.
- RECLUS. — Trait. des prostatites par les lavements d'eau très chaude. *Gaz. hebdom.*, 1886, n° 1.
- ROSENBERG. — Diagnostik d. prostatitis chronica. *Centralbl. f. Harn u. sex. Org.*, 1894.
- SCHLIFKA. — Zur Massage der Prostata. *Wiener med. Woch.*, 1893.
- V. SEHLEN. — Bedeutung der dritten Harnprobe für die Erkennung u. Behandl. der Prostataerkrank. *Centralblatt f. Harn u. sex. Org.*, 1893.
- MOCIN. — Die Krankheit. d. Prostata. *Billroth und Pitha's Handbuch d. Chirurgie.*, t. III.
- ZUCKERKANDL. — Harnrohe u. Blase. *Eulenburg's Realencyklopaedie*, t. X.



---

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.

---